

Santo Domingo, D. N.
23 de agosto de 2021

Señores
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL),
Presente.

ATN. Dirección Jurídica

ARAPF: Posición Vistas Públicas SISALRIL

Estimados señores,

Ante todo, reciban de parte de la Asociación de Representantes, Agentes y Productores Farmacéuticos, Inc. (ARAPF) un cordial saludo.

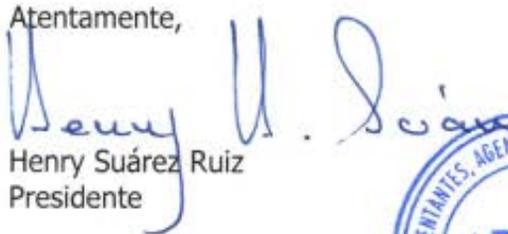
A raíz de la publicación en un diario de circulación nacional, queremos aportar a los procesos de vistas públicas nuestras consideraciones, en el interés de colaborar y contribuir al fortalecimiento del sistema que permita asegurar mejores resultados de dichas consultas para el beneficio de todos los involucrados y de la población en general.

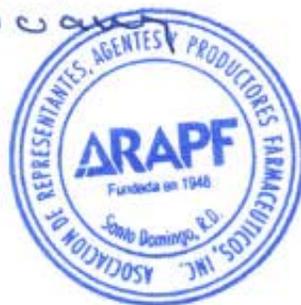
En este sentido, anexamos los siguientes documentos con sus recomendaciones u observaciones:

1. Proyecto de Normativa sobre Auditoría Médica, Calidad de las Atenciones en Salud, Glosas y Pagos entre ARS/ARL y PSS.
2. Propuesta de Resolución Administrativa que Establece el Código Único del Profesional de la Salud en Calidad de Prestador de Servicios de Salud en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
3. Propuesta Metodológica para la Revisión del Plan Básico de Salud (PBS).

A la espera de que puedan ser tomadas en consideración nuestras sugerencias, quedamos.

Atentamente,


Henry Suárez Ruiz
Presidente



Anexo: Lo citado (10)



RECIBIDO SIN LEER

D0210676

RECIBIDO POR: KARIVEL TRINIDAD LLENAS GUTIERREZ

2021-08-23T15:39:27.953

SISALRIL

SISALRIL: Observaciones Consulta Pública:

Proyecto de Normativa sobre Auditoría Médica, Calidad de las Atenciones en Salud, Glosas y Pagos entre ARS/ARL y PSS.

Artículo 15.- Auditoría de Facturación.

En esta auditoría se evalúa la facturación de los servicios de salud y sus documentos de soportes, con el objetivo de verificar la conformidad, en relación a las tarifas contratadas, así como errores de registros en los servicios prestados. La Auditoría de Facturación no sustentará objeciones y glosas por criterio de pertinencia.

Párrafo I:

No se requiere ser profesional de la salud para ser auditor de facturación. El auditor de facturación realiza la auditoría final del proceso de prestación de servicios, a través de la revisión de las cuentas facturadas por la PSS.

Comentario:

De ser aclarada esa acotación es importante resaltar el perfil del profesional a ejercer esta labor.

Párrafo II:

Las ARS y PSS deben elaborar un listado de los medicamentos, materiales, dispositivos e insumos más comunes usados en las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), para establecer un precio de referencia. En caso de que las partes no se pongan de acuerdo, con respecto a los precios de referencia, la SISALRIL, conforme a las atribuciones que le confiere el artículo 176, literal i) de la Ley No. 87-01, fijará los precios de referencia, en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social, para la cobertura de los servicios del PBS, prestados por las PSS contratadas por las ARS.

Comentario:

Los precios no deben ser establecidos por las partes interesadas; esto debe estar regulado por el órgano rector, en este caso la SISALRIL; que a través de sus levantamientos de costos por procesos o procedimientos médicos posee un estimado del mismo.

Artículo 19.- Expediente Clínico.

Párrafo I:

Las ARS/IDOPPRIL tienen acceso al expediente clínico solo para fines de auditoría, respetando la confidencialidad de su información. En ningún caso las ARS/IDOPPRIL pueden solicitar que un expediente clínico o copia del mismo, sea llevado fuera del

establecimiento en el cual se presta o se ha prestado la atención de salud, salvo que exista autorización escrita del paciente, sus representantes legales o una autoridad competente.

Comentario:

En ningún caso las ARS/IDOPPRIL pueden solicitar copia o en su defecto escanear o tomar fotos del mismo, para ser llevado fuera del establecimiento.



SISALRIL: Observaciones Consulta Pública:

Propuesta de Resolución Administrativa que establece el Código Único del Profesional de la Salud en calidad de Prestador de Servicios de Salud en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Considerando 2:

Que el artículo 160 de la Ley No. 87-01 establece que: "Podrán constituirse como Prestadores de Servicios de Salud (PSS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social: g) Los profesionales del Sector Salud, dotados de exequátur, en las condiciones establecidas por la Ley General de Salud".

Comentario:

Entendemos que esto es otra oportunidad para establecer, ejecutar y recordar que todo profesional de salud que se encuentre dotado legalmente de un exequátur pueda ejercer el acto de la prescripción médica, lo cual incluye médicos generales y familiares.

Considerando 5:

Que en fecha 9 de agosto de 2016, fue firmado un Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, mediante el cual se estableció el marco de cooperación entre ambas entidades para apoyar el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de supervisión, control y monitoreo de los Prestadores de Servicios de Salud, que brindan sus servicios a los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), así como para el intercambio de informaciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud a los afiliados.

Comentario:

Sería importante valorar/revisar cuales avances se obtuvieron de dicho convenio y que otros aspectos no pudieron ser ejecutados o logrados.

Considerando 6:

Que el Consejo de Sociedades Médicas Especializadas ha manifestado el interés de que se establezca un código único de identificación de los profesionales médicos especialistas que brindan servicios en el marco de la Seguridad Social que permita tener un registro estandarizado.

Comentario:

Esta propuesta no debería solo contemplar la mirada de las áreas especializadas reconocidas, se debe establecer un código para todo profesional de la salud que posea

un exequátur, esto permitiría regular y disminuir la variabilidad clínica que son ejecutadas en nuestro país; así mismo se podría establecer las patologías que son generalmente tratadas junto a los insumos necesarios que no llegan a las áreas especializadas.

Considerando 7:

Que actualmente los médicos contratados por las Administradoras de Riesgos de Salud poseen distintos códigos para cada ARS en particular, sin que exista un registro actualizado y uniforme de las informaciones sobre el grado, especialización, ejercicio y localización del médico contratado, lo cual dificulta la eficiente fiscalización de parte de la SISALRIL e impide identificar la correcta conformación de la red de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de la población afiliada.

Comentario:

Entendemos que todas estas informaciones son importantes para la regularización del personal de salud; pero creemos que es fundamental que el código de cada médico sea atado a su exequátur y lugar de trabajo; primero porque ese documento otorgado al profesional de la salud, es lo que legalmente le permite ejercer y desarrollarse en el país y no su especialización per se, segundo porque en el lugar que desempeña su función debe pasar por un proceso de habilitación (control de calidad) para poder funcionar en el territorio dominicano.

Finalmente debemos recordar que el exequátur es el documento oficial que representa al profesional de la salud en todo proceso a lo largo de su carrera, incluyendo las actividades legales y sancionables.

ARTÍCULO PRIMERO.

PÁRRAFO II:

Para los fines de la presente resolución, se considera profesional de la salud a toda persona física legalmente facultada para la prestación de servicios de salud en la República Dominicana.

Comentario:

Entendemos que debería ser planteado de la siguiente manera: "se considera profesional de la salud a toda persona física legalmente dotada de un exequátur y facultada para la prestación de servicios de salud en la República Dominicana". Esto es debido a lo expuesto anteriormente, de acuerdo a la redacción actual, podría ser cualquier persona que ha cursado la carrera de medicina y que posea una Cédula de Identidad y Electoral.

ARTÍCULO TERCERO.

Para obtener el Código Único de Prestador (CUPRE), el Profesional de la Salud deberá completar las informaciones requeridas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, a través de la Oficina Virtual de la SISALRIL, registrando su dirección de correo electrónico personal, y anexando los documentos siguientes en formato de PDF.

Comentario:

Entendemos que concomitante a este documento se estará realizando y presentando el flujo de proceso para realizar esta solicitud.

ARTÍCULO TERCERO.

Numerales 5 y 6:

5) Copia del título legalizado expedido por la universidad que avale la condición de especialista que desee registrar o, en su defecto, otro documento reconocido en el país que avale su condición de especialista, de acuerdo con la Resolución MSP-MESCYT No. 03-2020.

6) Certificación de la sociedad especializada, cuando corresponda legalmente.

Comentarios:

De acuerdo a lo planteado por estos artículos solo serán monitoreados aquellos médicos que posean un documento que avale la especialidad per ce, no todo aquellos que posean un exequátur dominicano. Y debemos recordar que no es la realidad de la UNAP y R.D. Por otra parte, esta revisión debe ser motivada a identificar todo médico en ejercicio que se encuentre legalmente establecido a través de su exequátur y habilitación.

ARTÍCULO QUINTO.

Numerales 6, 7 y 9:

6) La no compleción de historias médicas o que las mismas no sean legibles.

Comentario:

Entendemos la parte de no ser legibles las informaciones suministradas por el profesional de la salud; pero queda la duda de cómo se evaluaría la compleción de la historia clínica, si sería a través de auditorías aleatorias. ¿Cómo se aseguraría que esta evaluación sería certera?

7) Ejercer cualquier tipo de discriminación en contra del afiliado.

Comentario:

¿Cómo sería el mecanismo de evaluación para verificar que se ha cometido una discriminación por parte del profesional de la salud?

9) Solicitud de cobertura no requerida por los afiliados, permitir suplantación de identidad, sustitución de procedimiento para obtener coberturas no contempladas (homologar) y otros tipos de conductas inapropiadas por parte del médico que afecte el buen funcionamiento del sistema.

Comentario:

¿Cuáles serían esas conductas inapropiadas? Entendemos que se debe establecer cuáles serían puntualmente u oficializar el documento de conducta del acto médico que posee el MSP y SNS.



**SISALRIL: Observaciones Consulta Pública:
PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA REVISIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD
(PBS).**

Introducción

Mediante el siguiente informe presentamos las observaciones generales al documento del Plan Básico de Salud colocado en el portal de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL); el cual posee como objetivo general: "estandarizar la metodología de revisión del catálogo de las prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS), según lo previsto en el artículo 129 de la Ley No. 87-01 que creó el Sistema de Seguridad Social, mediante la delimitación y priorización de problemas e intervenciones en salud según la carga de enfermedad a nivel nacional, el perfil epidemiológico de la población y sus necesidades sanitarias, a partir de criterios de costo-efectividad, protección financiera y equidad".

En ese tenor de cara a nuestra institución aplaudimos el esfuerzo que se está realizando para la revisión de este documento, principalmente, en el momento que se encuentra en verificación una de las piezas legislativas más importantes para el sistema de salud como es la **Ley No. 87-01**. En su momento expresamos la importancia de ampliar la *cartera de servicio y coberturas de los insumos* dedicados a la prestación de salud, como son los medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Sin olvidar lo citado en el documento: "los gobiernos deben definir de qué manera orientan los limitados recursos disponibles hacia aquellos medicamentos, equipos, dispositivos y procedimientos médicos..." (Giedion, *et al*).

Por consiguiente, entendemos que es prioritario impulsar principalmente el artículo 152 de la Ley No. 87-01; que promueve la articulación de los niveles y con esto un desarrollo verdadero de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) que en concomitante con los Centros Diagnósticos serían las armas principales para eliminar la cultura implementada de una medicina patológica y con visión a la promoción, prevención y protección de la salud. Así mismo esto provocaría una reducción en el gasto de bolsillo de los pacientes, la evolución a cronicidad y aumento de los costos en los insumos médicos utilizados. Como consecuencia esto llevaría a la ejecución de un sistema de salud universal, con calidad, equidad y eficiencia.

Esto implicaría ampliar la *cartera de servicio junto a la canasta* en las UNAP con la colocación de talentos humanos capacitados que puedan identificar la población que le rodea (perfil epidemiológico).

En el *establecimiento de la canasta*; entendemos importante la información presentada de los levantamientos previos en conjunto a las diferentes entidades; pero proponemos un levantamiento actualizado, debido al cambio sustancial que ha sucedido en salud en estos últimos años; así mismo ponderar la incorporación de nuevas alternativas farmacológicas (nuevas moléculas/fórmulas) para las patologías que ya se encontraban incluidas en el catálogo. En ese tenor también se solicita una evaluación poblacional de los centros de salud, donde presentemos de manera actualizada las siguientes interrogantes ¿Qué están recibiendo/ atendiendo nuestros centros de salud? ¿Cuáles patologías están siendo atendida por nivel?, y ¿Cuál es el costo de cada proceso, actividad y tarea que implican esas patologías?

Esto a su vez implicaría una *revisión a los protocolos y guías de salud* establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para regular la variabilidad clínica; que es a su vez uno de los factores que más encarecen los servicios sanitarios, sin olvidar los eventos adversos.

En otro aspecto ponderamos que es importante reevaluar los programas de las enfermedades infectocontagiosas y actualizar los insumos que las mismas ameriten dentro del PBS.

En este sentido, destacamos la importancia de una revisión (canasta) a las patologías del ámbito neurológico y psiquiátrico; esta preposición es basada en que en este período de pandemia ha demostrado lo desahuciados que nos encontramos en estas dos ramas básicas de la salud y que tiene un impacto en toda la familia que rodea al paciente, por consiguiente, entendemos que podemos realizar un salto cuántico valorando este punto.

En otro orden, y en aras de mejora, entendemos que la propuesta metodológica del PBS debe tomar en cuenta las siguientes observaciones:

Página 7: Párrafo 1.

Con el objetivo de buscar nuevas modalidades de contratación diferentes al pago por servicio prestado (fee for services) es necesario establecer líneas base de información por patologías con indicadores de gestión clínico mínimos, que disminuyan demanda inducida y generen propuestas innovadoras como pago por desempeño buscando la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Para lograr este objetivo, el documento no aclara cuál es la fuente de información y los indicadores de resultado en gestión clínica entre ARS y PSS para establecer nuevos mecanismos de contratación.

Página 8: Objetivo específico 1. Página 28: Umbral de costo efectividad.

Para implementar evaluaciones económicas con análisis de costo efectividad, el país debe contar con un umbral de costo efectividad construido con información local de acuerdo a sus necesidades para determinar la disponibilidad a pagar por cada año ajustado a calidad de vida en su población.

El documento cita que adoptará un promedio del umbral de costo efectividad de los estudios de Woods et al 2016¹ y Ochalek (2018)², al respecto el estudio de Woods 2016 concluye:

"A la fecha, los análisis basados en el costo de oportunidad para los países de ingresos bajos/medianos no han estado disponibles. Existe incertidumbre en los supuestos subyacentes"¹

¿Por qué no definir un umbral de costo efectividad construido específicamente para República Dominicana con data local verificada, en lugar de obtener un promedio de dos aproximaciones de un grupo de países producto de una revisión académica con información parcial?

Establecer un umbral de costo efectividad que no está construido específicamente para el país puede constituir un riesgo para excluir tecnologías innovadoras que pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida de patologías crónicas de baja prevalencia afectando los principios de Universalidad y Equidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)³.

Página 18–19: Problemas de salud priorizados por SANIGEST.

En las condiciones de salud priorizadas no se encuentran patologías huérfanas como Esclerosis Múltiple, Hemofilia, Artritis, Enfermedades Neurodegenerativas y algunos tipos de cáncer. Por tanto, no se estaría garantizando los principios de equidad, universalidad e integralidad del SDSS³ en la prestación de servicios de salud a este grupo de pacientes con condiciones complejas que generan alto grado de discapacidad y vulnerabilidad entre quienes las padecen.

El documento menciona que una de las principales críticas al documento es no incluir el impacto de las intervenciones sobre la carga de la enfermedad y asume sesgos debido a una limitada participación en las encuestas que dieron lugar a la priorización, ¿Cuál fue el nivel de respuesta de las encuestas?, ¿Entre las patologías excluidas cuantas encuestas se contestaron?, ¿existe un sesgo sobre las enfermedades crónicas no transmisibles de baja prevalencia?

Página 47: Párrafo, 1 Operativización del criterio de cobertura financiera.

El documento reconoce la dificultad de no disponer de la información de gasto de bolsillo para cada una de las intervenciones, nuevamente se genera el riesgo de trabajar en priorización de patologías sin contar con definiciones claras de conceptos locales básicos como determinar el gasto de bolsillo. El documento recomienda mejorar la información estimando el ingreso per cápita del hogar a partir de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares de República Dominicana y utilizar dicha información como umbral. ¿Por qué no utilizar esta recomendación e iniciar un ejercicio basado en data local minimizando el sesgo de información insuficiente?

Página 55 y 56: Limitaciones en la priorización.

Nuevamente el documento reconoce la "ausencia de datos locales" justificando el uso de información internacional para el proceso de análisis y priorización, resaltando además que existe dificultad en realizar "matching entre las intervenciones locales y la información disponible" lo anterior constituye un problema fundamental a resolver antes de iniciar un proceso trascendental de priorización que puede impactar o afectar la vida de miles de pacientes.

Página 59–68: Análisis de costeo.

El análisis de costeo es fundamental para establecer la priorización. Al respecto ¿Se costeará solo las patologías priorizadas?, ¿Cómo identificar si el costo está asociado a una comorbilidad?, ¿Se cuenta con codificación de todas las enfermedades raras o huérfanas presentes en el país?, ¿Cuál es el mecanismo sugerido para entrenar y capacitar al régimen contributivo y subsidiado en el reporte de costos?

Finalmente, y como hemos comentado anteriormente, es de suma importancia, que las cosas se hagan desde un inicio tomando en cuenta los diferentes factores preexistentes; esto ayudaría a mejorar el gasto de bolsillo, optimizar recursos y hacer una propuesta financieramente sostenible en el tiempo.

De lo contrario estaríamos siempre muy detrás de las tecnologías, protocolos, guías, enfermedades excluidas, utilización de tratamientos obsoletos y sin un avance real para los pacientes. Si solo nos quedamos en la primera fase como se tiene establecido con el mismo sistema de implementación nunca avanzaríamos en la inclusión de la innovación, esperando tener presupuestos más holgados para poder dar respuesta al sistema; y como consecuencia se quedarían afuera enfermedades como, por ejemplo: hemofilia, esclerosis múltiple, neuro mielitis óptica (NMO), artritis reumatoide, etc. por citar algunas.

En este tenor citamos algunos puntos a valorar:

Data en varios procesos:

Esta parte apoyada de un seguimiento robusto con un programa de farmacovigilancia, que presente la trazabilidad de los tratamientos en cada caso y si el gasto de los tratamientos más costosos está cumpliendo con lo que ofrecen ej. Biológicos / Biosimilares. Estos resultados podrían sin lugar a dudas informar al sistema de salud lo que está sucediendo y cuáles productos realmente *están siendo costo-efectivos*, cumpliendo con los *años de vida o calidad de vida*. Pudiéndose ver si la inversión de los recursos está logrando respuestas y cuando se deberían cambiar el protocolo de manejo de la enfermedad de cada paciente.

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA):

Se necesita una revisión de los registros de las informaciones (negaciones) a los usuarios; donde se evalué la necesidad verdadera de los pacientes, y en ese aspecto valorar las causas por las cuáles un médico se pueda estar desviando del protocolo establecido (paciente no responde a los fármacos comunes, protocolo desactualizado, etc.). Concomitante con esto es importante valorar y no olvidar las necesidades insatisfechas médico-paciente.

Financieramente Sostenible:

Para que esto sea una realidad el sistema de salud necesita buscar un balance tanto en el canal privado (ARS) como gubernamental (SENASA-PMAC): Programa de Medicamentos de Alto Costo y Ayudas Médicas. Actualmente las ARS no cumplen con las coberturas de las enfermedades de *alto costo* por tanto, estas de forma específica, y fuera de las otras enfermedades deben tener una cobertura de unos US\$60,000 o RD\$3MIO anuales, esto evitaría que los pacientes tengan que estar trasladándose para el programa de alto costo cuando se agotan los recursos perdiéndose dosis y abandonando los tratamientos, además de lo angustiante de estar revalidándose como pacientes y realizando un gasto de bolsillo por tener que realizar estudios que le solicita el PMAC.

El paciente previendo esto busca y paga de su bolsillo un seguro complementario, el cual como es aprobado con el mismo listado no le permiten acceder a otros tratamientos al no estar en el PBS; ni tampoco otras enfermedades que no están en el listado, siendo un gasto no funcional cuando necesita cubrir otras necesidades adicionales.

Si el paciente tiene otro tratamiento que no ha entrado aun al sistema sería más fácil el manejo del gasto y la inversión por el gobierno y la asignación de recursos al PMAC quien actualmente está cubriendo ese desbalance.

En el caso de SENASA sería lo mismo con las enfermedades de alto costo en cuanto al monto anual.

Reducción de costos- precios para las licitaciones para SENASA-PMAC

Se hace imprescindible cambiar la Ley No. 340-06 de compras y contrataciones públicas para que no solo sea el precio del producto y se planteen otras modalidades; así como se puedan realizar acuerdos de la negociación público-privada como pueden ser: Costo anual por enfermedad, no pago si no cumple con la respuesta según la efectividad ofertada, valor agregado de diagnóstico según prueba genómica, que aseguran la respuesta y la inversión, instalación de equipos de diagnóstico altamente especializado para tener resultados fiables y con reducción de tiempo de respuesta para iniciar el tratamiento, programas de soporte a pacientes que sea más integrales el manejo de su enfermedad, capítulo de presupuesto fijo por enfermedad y por paciente anual, etc.

Referencias:

1. Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. *Value Health*. 2016 Dec;19(8):929-935. doi: 10.1016/j.jval.2016.02.017. PMID: 27987642; PMCID: PMC5193154.
2. Ochalek J, Lomas J, Claxton K. Estimating health opportunity costs in low-income and middle-income countries: a novel approach and evidence from cross-country data. *BMJ Glob Health*. 2018 Nov 5;3(6):e000964. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000964. Erratum in: *BMJ Glob Health*. 2019 Jun 4;4(3):e000964corr1. PMID: 30483412; PMCID: PMC6231096.
3. <https://www.cnss.gob.do/index.php/sdss/principios-sdss> consultada el 19 de Agosto de 2021.

